



Kapacitetsanalyse på demenscenterområdet

Indledning og baggrund

Der bor ca. 6000 borger over 60 år med demens i Københavns Kommune. Langt de fleste bor i eget hjem eller i en plejebolig. En lille andel på ca. 300 borgere har så svære demenssymptomer, at de bor på et af kommunens syv demenscentre.

Demenscentrene blev etableret mellem 2007-2011 og har siden udgjort ryggraden i kommunens demensindsats. Gennem årene er kapaciteten løbende blevet udvidet mhp. at opnå den samme fire-ugers garanti, som er gældende på det almindelige plejeboligområde. Der er også udviklet nye tilbud, fx boliger målrettet borgere i slutstadiet af deres demenssygdom. Demenscentrene fungerer som lokalområdernes faglige kompetencecentre ved at stille sig til rådighed for videndeling og erfaringsudveksling for de øvrige enheder i lokalområdet.

Handleplan for demensindsatsen for Københavns Kommune 2015-2018 blev godkendt i SOU den 21. maj 2015. Som en del af handleplanen blev det besluttet at afdække det fremtidige kapacitetsbehov på demenscenterområdet. Denne analyse har derfor til hensigt at:

- Afdække den eksisterende indsats på demenscenterområdet
- Vurdere den aktuelle demenskapacitet i forhold til ventelisterne og efterspørgslen
- Afdække udviklingen i antallet af borgere med demens, og hvordan det påvirker det fremtidig kapacitetsbehov.

I forbindelse med analysen er der indhentet oplysninger fra Nationalt Videnscenter for Demens samt andre videns- og interesseorganisationer på demensområdet. Dertil har der været løbende dialog med div. demensnetværk.

Eksisterende indsats på demenscenterområdet

Målgrupper og visitation

Ifølge Socialstyrelsen har mellem 8-10 % af borgere med demens udadreagerende adfærd og andre adfærdsforstyrrelser. I Københavns Kommune svarer det til minimum 300 borgere, hvoraf de fleste bor på demenscentrene. Fælles for demenscentrenes målgrupper er:

- at borgeren som udgangspunkt har en diagnosticeret demenssygdom
- at borgeren enten er til fare for sig selv eller andre og/eller er udadreagerende
- at borgeren har et særligt behov for pædagogisk støtte til at forstå verden omkring sig og at kunne agere i denne
- at det vurderes, at borgerens behov ikke kan imødekommes og livskvalitet fastholdes indenfor det almindelige plejeboligområde.

De fleste demenstilbud er ikke diagnosebestemt, hvorfor der både bor borgere med Alzheimers Sygdom, Lewy Body Demens, mindre svær frontotemporal demens, demens ved Parkinsons Sygdom m.v. Den gennemsnitlige alder ved indflytning i en almindelig demensbolig er ca. 82 år med en gennemsnitlig opholdstid på 3 år.

Der er udarbejdet visitationskriterier for alle tilbuddene på demenscentrene. Den Centrale Demenspladsanvisning har overblik over samtlige borgere, som er godkendt til tilbud i demensregi og prioriterer hvilke borgere, som har mest behov for en demensbolig, hvorefter

borgeren tilbydes en bolig. Det gælder fx borgere, som flyttes under *Lov om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten* (jf. Servicelovens § 129),

Tilbud, kapacitet og placering

Demenscentre rummer en række forskellige tilbud målrettet borgere med svære demenssymptomer. Tabel 1 skitserer de forskellige tilbud og den aktuelle kapacitet, mens figur 1 viser demenstilbuddenes fordeling på kommunens demenscentre.

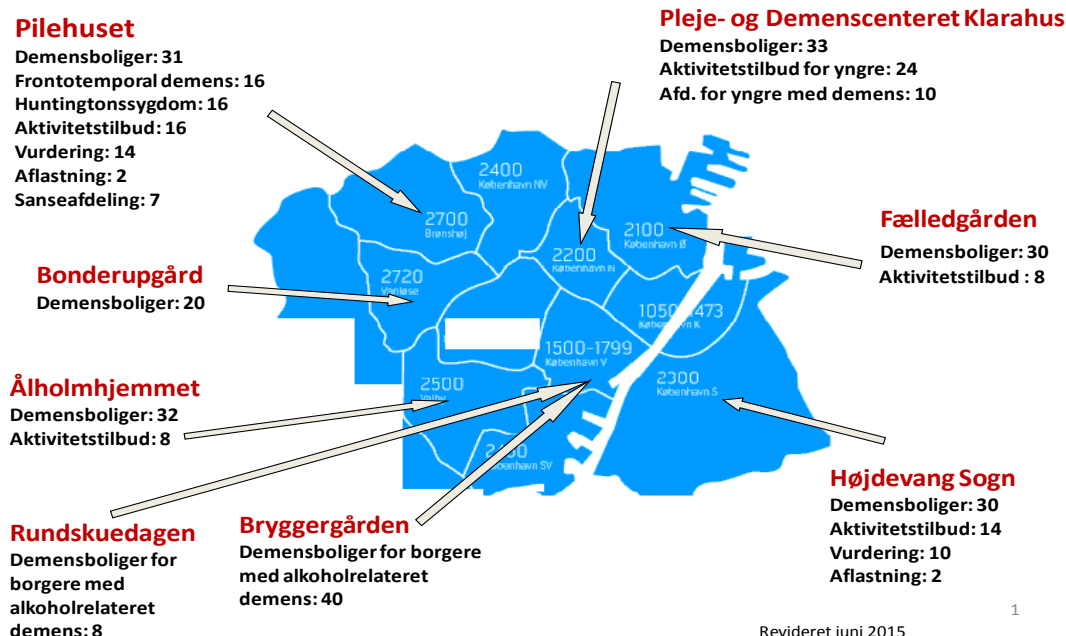
Tabel 1 Oversigt over tilbud og kapacitet på demenscenterområdet

Borgere med et særligt behov for støtte midlertidigt	Borgere med et kontinuerligt og særligt behov for pædagogisk støtte og omsorg	Borgere med et kontinuerligt og specialiserede behov for pædagogisk støtte og omsorg
<ul style="list-style-type: none">• Midlertidige demensboliger• 4 boliger i alt• Aflastningstilbud for borgere, som i en periode har brug for at være i andre rammer fx i forbindelse med håndværkere i hjemmet, hvor pårørende har brug for aflastning, eller hvor der afventes afgørelse i § 129 (flytning uden samtykke). <ul style="list-style-type: none">• Vurderingspladser• 24 boliger i alt• Alle borgere med demens kommer på et vurderingsophold inden godkendelse til enten almindelig plejebolig eller en demensbolig. Formålet er at vurdere i hvilken plejeboligform borgerens behov for pædagogisk støtte, pleje og omsorg bedst kan varetages fremadrettet.	<ul style="list-style-type: none">• Almindelig demensbolig• 176 boliger i alt• For borgere med behov for en særlig pædagogisk og demensfaglig indsats, som ikke kan imødekommes på et almindeligt plejecenter. Formålet er at sikre sammenhæng i borgerens hverdag, forebygge fare og at borgeren ikke kommer i konflikt med omgivelserne. <ul style="list-style-type: none">• Demensboliger målrettet yngre borgere med demens• 10 boliger i alt• For borgere på 65 år og derunder. Borgeren skal kunne indgå i et aktivt hverdagsliv i samspil med de øvrige beboere på afdelingen. <ul style="list-style-type: none">• Demensboliger målrettet borgere i slutstadiet af deres demenssygdom – sansepladser• 7 boliger i alt• For borgere, som ikke længere kan stå eller forflyttes sig selv, ikke kan give udtryk for basale behov og ikke synes at have kontakt med omgivelserne. Det vurderes, at borgeren kun reagerer ved direkte sansepåvirkning – og at borgeren profiterer af dette.	<ul style="list-style-type: none">• Demensbolig målrettet borgere med Frontotemporal demens• 16 boliger i alt• For borgere, som har en adfærd præget af impulsive handlinger. Det er vurderet, at borgeren har behov for særlig pædagogisk støtte, pleje og omsorg i rammer med et stimulfattigt miljø, hvor det er muligt at være forebyggende i forhold til impuls gennembruddene. <ul style="list-style-type: none">• Demensboliger målrettet borgere med Huntingtons sygdom• 16 boliger i alt• For borgere, hvor kompleksiteten i sygdommen nødvendiggør, at der er behov for særlig pædagogisk støtte og tilpassede fysiske omgivelser. Borgerne kan være påvirket af sygdomme både fysisk, psykisk og socialt. <ul style="list-style-type: none">• Demensboliger målrettet borgere med alkoholrelateret demens• 48 boliger i alt• For borgere, som er påvirket såvel fysisk, psykisk og socialt af et alkoholforbrug og demens, og hvor der er behov for særlig pædagogisk støtte, pleje og omsorg for at sikre sammenhæng i hverdagen.

Som det fremgår, har kommunen en bred vifte af målrettede tilbud til borgere med demens afhængigt af deres demenssygdom og behov. Det betyder, at borgere fra andre kommuner jævnligt søger og godkendes til tilbuddene, særligt i forhold til boligerne målrettet borgere med Frontotemporal Demens (FT) og Huntingtons sygdom (HS).

Figur 1 Oversigt over demenstilbud på demenscentrene i Københavns Kommune

Demenstilbud og placering i Københavns Kommune



Økonomiske ramme

Demenscentrenes målgrupper har en kompleks adfærd, som kræver, at medarbejderne har specialiseret demensfaglig viden og kompetencer. På alle demenscentrene arbejdes der ud fra den personcentrerede omsorg kombineret med andre pædagogiske metoder som low arousal, marte meo, reminiscens m.v. Medarbejdergruppen er i udgangspunktet tværfagligt sammensat med social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, musikpædagoger, pædagoger m.v. Disse indgår i et dagligt tværfagligt og tæt samarbejde omkring borgerne. Det er demenscentrenes opgave løbende at holde sig ajour omkring ny viden og metoder indenfor demensområdet, så de dels kan fastholde og udvikle det faglige niveau på egne centre og dels fungere som sparrings- og rådgivningspart for de øvrige enheder i lokalområdet.

Da der er behov for en tættere borgerkontakt og særlige kompetencer for at imødekomme borgernes behov, er normeringen til demensboligerne højere end til de almindelige plejeboliger. Som det fremgår af nedenstående tabel 2 er særligt udgifterne til de specialiserede demensboliger høje (Frontotemporal Demens og Huntingtons sygdom), fordi det som udgangspunkt kræver fortløbende en-til-en kontakt med borgerne samt meget specialiserede kompetencer at kunne give den rette støtte og forebygge uhensigtsmæssig adfærd.

Tabel 2 Oversigt over pris pr. boligtype på demenscentrene

Boligtype	Almindelig demensbolig	Midlertidig demensbolig	HS og FT bolig
Normering	1,608	1,66	2,6
Pris pr. bolig ¹	465.000	480.000	745.000

¹ Prisen omfatter ikke ejendomsudgifter til rengøring og administration

Demenscentrene har siden etablering haft et rammebudget med et samlet pleje- og omsorgsbudget. Normeringen er i sin tid beregnet på det antal medarbejderressourcer, som er nødvendigt for at kunne give den rette støtte, pleje og omsorg til borgerne. Budgetmodellen for demenscentrene er i 2014 reduceret med 0,052 på de almindelige demensboliger. I 2013 blev normeringen på de specialiserede demensboliger til borgere med HC og FT reduceret med 0,3.

Vurdering af kapacitet i forhold til efterspørgsel

Tabel 3 viser en samlet oversigt over antal godkendte ansøgninger, antal indflyttede samt den gennemsnitlige ventetid fra godkendelse til indflytning i 2013, 2014 og 2015. Ventetiden tager ikke højde for, hvornår borgeren har fået tilbudt en bolig. Oftest går der i gennemsnit 12-14 dage fra tilbud om bolig til indflytning. Modregnes disse dage er den gennemsnitlige ventetid derfor noget lavere end anført i tabellen. Tabel 4 viser den aktuelle ventelistsituation.

Tabel 3 Ventelisteinformationer 2013-2015

Antallet af godkendte ansøgning, indflyttede borgere og gns. ventetid fra godkendelse til indflytning 2013, 2014 og 2015

ÅR	2013			2014			2015		
	Godkendte ansøgninger	Indflyttede borgere	Gns. ventetid fra godkendt til indflyt.	Godkendte ansøgninger	Indflyttede borgere	Gns. ventetid fra godkendt til indflyt.	Godkendte ansøgninger	Indflyttede borgere	Gns. ventetid fra godkendt til indflyt.
Tilbud									
Midlertidig aflastning	106	88	15,6	82	68	16,2	72	56	29,5
Vurderingsophold	117	88	12,4	99	82	19,6	65	49	22,9
Sanseplads	1	1	61	1	1	4	4	3	5,8
Yngre med demens			0	6		0	10	9	31,5
demens	10	1	83	6	8	367,9	6	4	205,5
Alm. demensbolig	66	52	37,4	78	61	51,9	44	33	78,8
Huntingtons Sygdomme	5	1	0	7	1	119			-
Frontotemporal demen	4	3	7	5	3	17,7	4	3	88,8

Borgere med størst behov vil altid blive tilbudt en plads først. De angivne ventetider afspejler derfor ikke, den tid en borger på ventelisten må forudse at vente på en plads.

Tabel 4 Ventelistsituationen december 2015

Korteste, længste og gennemsnitlige ventetid for indflyttede borgere fra januar 2014 – december 2015

Tilbud	Korteste ventetid	Længste ventetid	Gns. ventetid
Midlertidig aflastning	0	375	22,7
Vurderingsophold	0	133	20,6
Sanseplads	0	14	5,4
Yngre med demens	1	122	31,5
Alkoholrelateret demens	33	623	298,3
Alm. demensbolig	0	292	63,2
Huntingtons Sygdommer	0	0	0
Frontotemporal demens	0	182	58,3

O ud fra Huntingtons sygdom betyder, at der ikke har været nogen indflyttet i 2015.

I det følgende vurderes om den eksisterende kapacitet er tilstrækkelig i forhold til den aktuelle ventelistesituation.

Almindelige demensboliger

De seneste år har 4 ugers garantien til en almindelig demensbolig generelt været overholdt. 4 ugers garantien vurderes imidlertid ikke at være relevant som grundlag for en kapacitetsanalyse. Dette skyldes at:

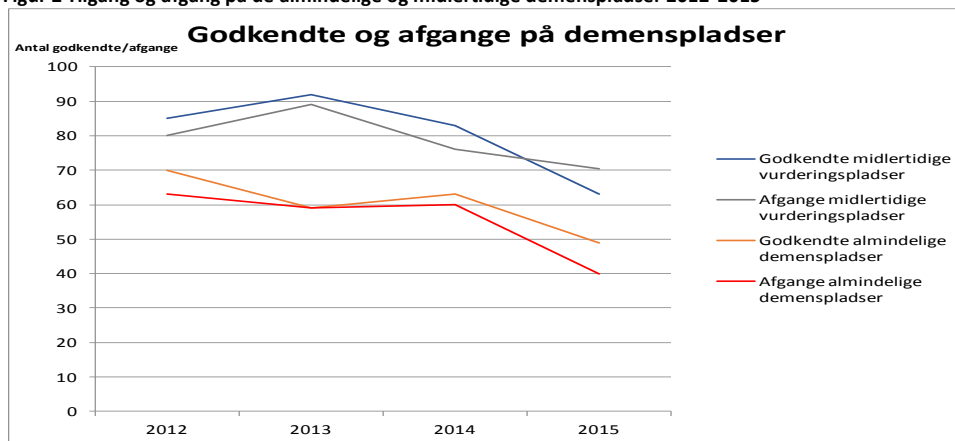
- I langt de fleste tilfælde søger borgeren med demens en *specifik* demensbolig, hvorfor den faktiske andel, omfattet af garantien, er meget lille. I løbet af 2013-2015 har under 20 borgere været omfattet af fire ugers garantien
- Selv i perioder med en lang venteliste søger så stort et antal borgere en *specifik* bolig, at det fortsat har været muligt at holde sig inden for den lovpligtige otte ugers garanti.
- Trods ventelisten tildeles de borgere med mest akut behov for en demensbolig først en bolig via Den Centrale Demenspladsanvisning.

Denne analyse er derfor baseret på den samlede ventelistesituation.

I 2013 og 2014 var ventetiden til en almindelig demensbolig på hhv. 5 og 7 uger. I 2015 var ventetiden steget til 11 uger. Det skyldes i høj grad, at den naturlige afgang på demenscentre har været langt mindre end i 2013 og 2014, hvilket også har været gældende på det almindelige plejeboligområde.

Som det fremgår af figur 2, er der imidlertid forholdsvis god sammenhæng mellem antallet af borgere, som bliver godkendt til en almindelig demensbolig og antallet af borgere, som afgang fra en bolig, og derved gør den ledig, fordi antallet af godkendte borgere også har været lavere end tidligere år. En rundspørge blandt de demensfaglige visitatorer giver ikke et entydigt svar på årsagen. Nogle visitatorer peger på, at de, pga. af en lang venteliste til et demenstilbud, har godkendt borgeren til et almindeligt plejecenter. Det har været et bedre alternativ, end at lade borgeren vente hjemme. Andre peger på, at ægtefæller måske er blevet bedre aflastet i eget hjem via fortløbende aflastningsperioder.

Figur 2 Tilgang og afgang på de almindelige og midlertidige demenspladser 2012-2015



Det er vanskeligt at vurdere, om der er tale om en nedadgående tendens eller blot et statistisk udsving. Det er derfor relevant at følge udviklingen, da det kan få stor betydning for det fremtidige behov for demensboliger. Da antallet af godkendelser og afgang ligger forholdsvis tæt, tyder det på at kapaciteten indtil nu har været tilstrækkelig.

I december 2015 var der 15 borgere, som ventede til en almindelig demensbolig jf. tabel 4, hvilket er relativt højt i forhold til det aktuelle flow på de almindelige demensboliger og ventetiderne.

Vurderingspladser

Som det fremgår af figur 2 har antallet af afgang på vurderingspladserne oversteget antallet af tilgange i 2015. Det vurderes, at ventetiden til et vurderingsophold i dag er acceptabel, og at der aktuelt er den rette kapacitet, selvom ventetiden generelt er steget siden 2013 og 2014. Øget ventetid til vurderingspladserne skyldes i høj grad, at flowet på de almindelige demensboliger har været mindre i 2015. Borgerne på vurderingspladserne, godkendt til en almindelig demensbolig, har opholdt sig længere tid på vurderingsopholdet og dermed nedsat tilgangen af borgere fra ventelisten. Disse borgere kan ikke flytte hjem i ventetiden.

Demensboliger til borgere med alkoholrelateret demens

Ventetiden til en demensbolig for borgere med alkoholrelateret demens er lang. I 2014 blev der med ældremilliarden etableret yderligere otte pladser, hvilket har nedbragt den gennemsnitlige ventetid fra ca. 370 dage til ca. 200 dage. Selvom der er relativt få borgere på venteliste, er ventetiden lang, fordi borgerne lever længe. Der frigøres derfor kun få boliger om året.

Borgere med alkoholrelateret demens, der bor hjemme i ventetiden, er oftest meget "forhulede", og de er særligt udsatte for at blive udnyttet af andre misbrugere i forhold til økonomi og husly. De borgere, som bor på et almindeligt plejecenter har ofte udfordringer i omgangen med de øvrige beboere, fx i form af udadreagerende adfærd, dårlig hygiejne og ved at opsøge andres boliger for at finde alkohol.

Demensbolig til borgere med Huntingtons sygdom

Ventetiden til en demensbolig for borgere med Huntingtons sygdom er ligeledes lang med en gennemsnitlig ventetid på over 1½ år. Jf. tabel 3 er der kun 1 borger, som er flyttet ind på et tilbud i hhv. 2013 og 2014 og ingen i 2015, fordi der ikke har været ledige boliger. Det skyldes primært, at borgerne i gennemsnit er yngre og lever længere efter indflytning end på de almindelige demensboliger. Konsekvensen er, at det i dag ikke er muligt at tilbyde en bolig til de borgere med mest akut behov. Fx er der en borger på venteliste, som har ventet fra et midlertidigt ophold siden februar 2015.

Langt de fleste borgere med Huntingtons sygdom bor dog i eget hjem i ventetiden. Sygdommen er meget indgribende i hverdagslivet, men borgerne afviser ofte hjælp fra hjemmehjælpen pga. manglende sygdomsindsigt². Det betyder, at flere lever under forhold, som er uværdige og risikofyldte. Borgerne tilbydes typisk et almindeligt plejeboligt tilbud i ventetiden, men langt de fleste siger nej, da de kun ønsker at bo et sted, hvor man har særlig viden om sygdommen. Da demensboliger til borgere med Huntingtons sygdom kun findes tre steder i Danmark, hvoraf to findes i Jylland, godkendes ca. 50 % af borgerne fra andre kommuner. På grund af *Frit Valg* på plejeboligområdet er kommunen forpligtiget til at tildele disse borgere en bolig på lige fod med københavnske borgere.

² Huntingtons sygdom er en arvelig sygdom, som alle led i arvefølgen før borgeren har haft. Dette betyder, at én af forældrene har haft sygdommen, én af bedsteforældrene osv. Derudover kan flere søskende, tanter, mostre og onkler have/have haft sygdommen – der er 50 % arvelighed.

Demensboliger til borgere med Frontotemporal demens

Aktuelt er der to borgere på venteliste til en demensbolig målrettet borgere med Frontotemporal Demens. Siden 2013 har ventetiden til en bolig været acceptabel, hvorfor forvaltningen vurderer, at der i dag er den rette kapacitet på området.

Øvrige demenstilbud

Forvaltningen vurderer, at den gennemsnitlige ventetid til hhv. midlertidige tilbud, demensboliger til yngre med demens og sansepladser i dag er acceptabel, og at der aktuelt er den rette kapacitet, selvom ventetiden er steget siden 2013 og 2014. Dette begrundes bl.a. i det lave antal godkendte ansøgninger fra 2015 jf. tabel 4. I forhold til de midlertidige pladser skyldes den relative høje ventetid, at mange borgere godkendes og "kommer på venteliste" til et ophold nogle uger eller måneder fremme, hvis pårørende fx har planlagt ferie. Det påvirker ventetidsinformationer, men i praksis er der ikke ventetid. Demensboliger for yngre borgere med demens åbnede først i januar 2015, men borgerne blev allerede godkendt fra november 2014, hvilket afspejler sig i ventetiden.

Faktorer, som påvirker ventelisterne

Drøftelser med lokalområderne viser, at der er en række faktorer, som har indflydelse på ventelisterne:

- Mange borgere ønsker et bestemt demenscenter, fordi borgeren allerede bor i lokalområdet og/eller kender demenscentret, fordi denne går i aktivitetstilbuddet eller har været på et midlertidigt aflastningsophold. Den Centrale Demenspladsanvisning oplever jævnligt, at en borger takker nej til den først ledige demensbolig, hvis det ligger i et andet lokalområde.
- Tilhørsforholdet kan være udslagsgivende i forhold til at undgå en § 129 sag, fordi borgeren bedre kan give samtykke til at flytte til et kendt demenscenter.
- Mange borgere (og de pårørende) på de to vurderingsenheder ønsker at fortsætte med at bo på det samme demenscenter, når de godkendes til en demensbolig. Det er trygt for borgeren og de pårørende, men lægger mere pres på ventelisterne til disse centre.
- Ifølge både visitatorer og demenscenterforstandere afholder nogle borgere sig fra at takke ja til et midlertidigt aflastningstilbud i et andet lokalområde, fordi det ligger for langt væk. Det kan måske forklare hvorfor, at ventelisten til de midlertidige aflastningstilbud er så kort, selvom behovet vurderes at være til stede. Et "skjult" behov underbygges yderligere ved, at nogle demenscentre giver borgerne "lov til" at tilbringe ekstra tid på de almindelige demensboligafdelinger uden for aktivitetstilbuddenes åbningstider. Samlet set vurderes det, at ventelisten til særligt de midlertidige aflastningstilbud ikke er retvisende for det faktiske behov.

Demografi på demensområdet

Som det fremgår af tabel 5 forventes antallet af borgere med demens i Københavns Kommune at stige fra 5500 i 2015 til 7000 i 2030 i takt med den generelle befolkningsudvikling. Stigningen sker primært i aldersgrupperne 75-84 år.

Tabel 5 Udvikling i antal af ældre og borgere med demens i Københavns Kommune 2015-2030

Demografi- og demensudvikling

Befolkningsudvikling 2015-2030 i KK

Udviklingen i borgere med demens i KK 2015-2030

	Befolkningsudvikling 2015-2030 i KK				Udviklingen i borgere med demens i KK 2015-2030					
	2015	2020	2025	2030	Udv. 2015-2030	2015	2020	2025	2030	Udv. 2015-2030
60-64 år	22.723	23.684	27.047	30.203	33%	376	391	446	499	33%
65-69 år	21.382	20.493	21.458	24.536	15%	569	546	570	651	14%
70-74 år	15.392	18.756	18.141	19.164	25%	677	823	797	839	24%
75-79 år	9.401	12.552	15.522	15.216	62%	716	951	1.172	1.149	61%
80-84 år	6.153	6.662	9.086	11.433	86%	819	876	1.188	1.487	82%
85-89 år	4.247	3.735	4.168	5.823	37%	960	838	924	1.280	33%
90+ år	3.224	2.692	2.420	2.676	-17%	1.474	1.223	1.092	1.192	-19%
i alt	82.522	88.574	97.842	109.051	32%	5.592	5.649	6.188	7.098	27%

Risikoen for at udvikle demens stiger markant med alderen, men kan blive yderligere øget ved faktorer som rygning, forhøjet blodtryk m.v. Beregningerne i tabel 5 er baseret på prævalensrater fra Nationalt Videnscenter for Demens på Rigshospitalet, men tallene skal tages med forbehold. Nyeste forskning peger i retning af en fremtidig stagnation i antallet af borgere med demens, selvom der vil ske en stigning i antallet af ældre. Resultater fra befolkningsundersøgelser tyder på, at risikoen for Alzheimers kan mindskes ved at forebygge og behandle fx hjertekarsygdomme og diabetes samt føre en sund livsstil uden rygning og for meget alkohol. Samtidig har forskellige forsøg vist en vis beskyttende virkning af interventioner som fysisk aktivitet, kognitiv træning, kostændring, ændring af flere livsstilefaktorer eller blodtryksænkende behandling³.

Ifølge Nationalt Videnscenter for Demens vil en stagnation i antallet af borgere med demens sandsynligvis også påvirke udviklingen i antallet af borgere med demens i Københavns Kommune frem mod 2030 og påvirke tilbud i særligt hjemmeplejereg og på de almindelige plejecentre. Men for den målgruppe, som i dag bor på demenscentrene, vil det sandsynligvis have mindre indflydelse, da mange af disse borgere har særlige og arvelige demensdiagnoser, som kun i mindre grad vil blive påvirket af fx sund aldring eller forebyggelse.

Fremtidigt kapacitetsbehov

I det følgende afsnit er behovet for almindelige demensboliger og vurderingspladser fremskrevet baseret på prævalensrater på demensområdet, demografi jf. tabel 5 samt eksisterende ventelisteinformationer jf. tabel 3 og 4. Fremskrivningerne tager udgangspunkt i, at der på nuværende tidspunkt er den fornødne kapacitet. Fremskrivninger er derfor baseret på at bevare nuværende status quo i fremtiden⁴. Tallene er derfor behæftet med en række usikkerheder:

- Usikkerheder i forhold til prævalensraterne, som beskrevet tidligere
- Kvaliteten og præcisionen af befolkningsfremskrivningerne

³ Samtidig viser en international oversigtsartikel fra 2015, at mange forskningsbaserede forsøg ikke har nogen konsistent dokumentation for virkningen af nogen specifik intervention, men det betyder ikke, at det ikke har en vis virkning.
<http://www.videnscenterfordemens.dk/forskning/forskningsnyheder/2015/09/kan-alzheimers-sygdom-forebygges/>
<http://www.videnscenterfordemens.dk/forskning/forskningsnyheder/2015/08/ny-tal-og-estimer-om-forekomst-af-demens/>

⁴ Konkret er behovet udregnet med udgangspunkt i, hvor mange af borgerne med demens der forventes at efterspørge et demenstilbud ud fra det historiske antal af borgere godkendt til et demenstilbud. Derefter er det udregnet, hvor mange pladser der skal oprettes for at kunne tilgodese efterspørgslen og taget højde for den gennemsnitlige afgangsrater på forskellige typer af pladser.

- Befolkningstilvækst/afgang de næste 15 år i Københavns Kommune kan påvirke den demografiske udvikling og dermed ændre antallet af borgere med demens
- Forandringerne i afgangsraten i demensboliger – hvis borgerne i almindelige demensboliger lever længere, kan dette få afgangsraten til at falde
- Selv med en uændret målgruppe kan efterspørgsel efter demenstilbud påvirkes af forskellige faktorer. Fx via større understøttelse i de almindelige plejeboliger gennem teknologiske hjælpemidler, nye omsorgsmetoder, medicin m.v.
- Samtidig kan ny forskning og behandling ændre behovet markant. Selvom der pågår meget forskning vurderer Nationalt Videnscenter for Demens dog ikke, at der sker et gennembrud indenfor de kommende år.

Fremskrivning af kapacitetsbehov for vurderingspladser og almindelige demenspladser

Tabel 6 og 7 viser det fremtidige kapacitetsbehov for vurderingspladser og almindelige demensboliger.

Tabel 6 Fremtidig behov for midlertidige vurderingspladser

Fremtidige kapacitetsbehov for midlertidige demens vurderingspladser i KK 2015-20130

	2015	2020	2025	2030	Udv. 2015-2030
Estimeret behov for fremtidige pladsantal	24	30	34	39	60%
Øget pladsbehov	0	6	10	15	

Tabel 7 Fremtidig behov for almindelige demensboliger

Fremtidige kapacitetsbehov for alm. demensboliger i KK 2015-20130

	2015	2020	2025	2030	Udv. 2015-2030
Estimeret behov for pladsantal	173	201	229	261	51%
Øget pladsbehov i forhold til nu	0	28	56	88	

Som det fremgår af tabel 6 og 7 stiger behovet for at udvide kapaciteten markant på både vurderingspladser og almindelige demensboliger de kommende 15 år. Årsagen skyldes først og fremmest, at antallet af borgere med demens stiger i fremtiden. Trods usikkerheder omkring tallene må behovet for betydeligt flere tilbud i fremtiden betragtes som reelt. Behovet bør dog løbende følges og analyseres i forhold til opdateret viden om udviklingen på demensområdet, demografi og generel efterspørgsel.

Fremskrivning af kapacitetsbehovet på de øvrige demensboliger

Der findes ikke prævalensrater for alkoholrelateret demens, Frontotemporal Demens, Huntingtons sygdom eller tidligt diagnosticeret demens, hvorfor det ikke er muligt at fremskrive behovet frem mod 2030. Derudover er det ikke muligt at udregne en generel effekt på ventetiden ved at oprette nye pladser, da kun meget få borgere afgår fra disse tilbud pr. år jf. tabel 3 og 4 (kun to til tre borgere fra HS og FT demensboligerne tilsammen pr. år.)

Det vil derfor være mere fordelagtigt at have en dynamisk oprettelse af demensboliger på disse områder, der afhænger af antallet af borgere på ventelisten. Således at en ny demensbolig oprettes hver gang, man overskrider et vist antal borgere på ventelisten indenfor de forskellige typer af tilbud.

Med mindre der kommer et medicinsk gennembrud, forventes antallet af borgere med Frontotemporal Demens og Huntingtons sygdommen ikke at blive påvirket af sund aldring pga. arveligheden. I forhold til borgere med alkoholrelateret demens vil sund aldring og større fokus på at forebygge alkoholindtag(misbrug) sandsynligvis påvirke antallet af borgere, som udvikler alkoholrelateret demens

I forhold til sansepladser, aflastningstilbud og demensboliger til yngre borgere med demens, hvor der aktuelt ikke er udfordringer på ventelisterne, må behovet følges løbende i forhold til ventelisterne.

Kapacitetsudvidelser mhp. at imødekomme aktuel ventelistesituation og fremtidigt kapacitetsbehov

På baggrund af de aktuelle kapacitetsudfordringer og fremtidigt kapacitetsbehov foreslås følgende plan mhp. at opnå den rette kapacitet på demensområdet nu og frem mod 2030:

2016-
2017

- **Etablering af 8 demensboliger for borgere med Huntingtons sygdommen***
 - Boligerne etableres på en samlet afdeling og åbnes først, når alle boliger er klar til indflytning pga. borgernes særlige behov. Afdelingen etableres i forlængelse af den eksisterende afdeling i Pilehuset
- **Etablering af 8 demensboliger for borgere med alkoholrelateret demens***
 - Boligerne etableres på en samlet afdeling pga. borgernes behov, men kan etableres løbende. Afdelingen etableres på Rundskuedagen, som i forvejen har otte demensboliger til borgere med alkoholrelateret demens

Frem
mod
2020

- **Etablering af af min. 25 almindelige demensboliger**
 - De almindelige demensboliger indtænkes i Moderniseringsplanen og kan etableres ved at bygge et nyt demenscenter på Amager, som både vil rumme de eksisterende demensboliger på Højdevang Sogn Plejecentre samt min. 25 nye demensboliger
- **Etablering af 6 vurderingspladser**
 - Vurderingspladserne etableres på de to demenscentre, som i forvejen har vurderingsophold. Pga. antallet af vurderingspladser er det vigtigt, at den faglige bæredygtighed fastholdes.
- **Analyse mhp. evt. at justere kapacitetsbehovet frem mod 2025 (og 2030)**

Frem
mod
2025

- **Etablering af min. 20 -25 almindelige demensboliger**
 - Etablering af demensboligerne indtænkes i Moderniseringsplanen og evt. i forbindelse med nyt plejecenterbyggeri (evt. som endnu et nyt demenscenter).
- **Etablering af 4 vurderingspladser**
 - Vurderingspladserne etableres på de to demenscentre, som i forvejen har vurderingsophold. Pga. antallet af vurderingspladser er det vigtigt, at den faglige bæredygtighed fastholdes.
- **Analyse mhp. evt. at justere kapacitetsbehovet frem mod og 2030 og frem**

Frem
mod
2030

- Etablering af boliger afventer analyse i 2020/2025

**Ventelisterne reduceres dermed til 0- 1. Men det tager ikke højde for, at det vil tage tid at konvertere boligerne, og flere dermed kan nå at blive godkendt til et tilbud, mens nogle kan nå at få tilbudt en eksisterende bolig.*

Det foreslås, at kapacitetsbehovet for de øvrige demenstilbud løbende følges via ventelisteinformationer mhp. at tilpasse kapacitet herefter.

På nuværende tidspunkt er den samlede plejeboligkapacitet fuldt udnyttet, hvorfor en konvertering af almindelige plejeboliger til demensboliger vil medføre et yderligere pres på 4-ugersgarantien. En forøgelse af demensboligkapaciteten kan derfor kun gennemføres ved at oprette nye demensboliger (finansieret fra bunden) eller ved kommende åbning/lukning af boliger i forbindelse med nybyggerier. Der forventes først at åbne **et** nyt plejecenter i 2018, som ikke allerede er reserveret til et andet formål.

I 2016-2017 er der, jf. ovenstående forslag til kapacitetsudvidelse, mulighed for at oprette 16 nye demensboliger til hhv. borgere med Huntingtons sygdom og borgere med alkoholrelateret demens. Demensboligerne oprettes i tilknytning til de eksisterende specialiserede afdelinger på Pilehuset og Rundskuedagen ved at nedlægge 16 almindelige plejeboliger. Samtidig åbnes 16 almindelige plejeboliger på Hjortespring, hvor der er mulighed for kapacitetsudvidelse.

Fremadrettet vil behovet for yderligere demenspladser, som følge af den almindelige demografiske udvikling, være indregnet i moderniseringsplanen.

Videre proces

Demenscentertilbuddenes placering har stor betydning for, om borgernes behov dækkes tilstrækkeligt - og om der skabes en sammenhæng mellem de skift, som borgeren oplever. I forhold til om de eksisterende tilbud dækker borgernes behov i dag er følgende bl.a. blevet påpeget:

- Der er behov for at skabe mere fleksible aflastningsmuligheder end i dag, som i højere grad kan tilpasses den enkelte borgere, fx aflastning om aftenen eller i weekend og ikke kun døgnophold (den praksis som nogle af demenscenterforstanderne praktiserer i dag).
- En mere jævn fordeling af de midlertidige aflastningstilbud vil kunne **1)** imødekomme et udækket behov blandt de borgere, som i dag bor i lokalområder, hvor tilbuddene ikke findes og **2)** skabe et mere sammenhængende forløb for borgere ved at give bedre mulighed for, at borgeren kunne gå fra aktivitetstilbud til aflastning til demensbolig jf. ovenstående.
- Udvikle de midlertidige tilbud til at rumme flere tilbud end vurdering og aflastning, fx efterspørges rehabiliteringstilbud og APE tilbud til borgere, som har svære demenssymptomer, men som i dag opholder sig på et rehabiliteringscenter. Det vurderes, at det vil skabe mere tryghed for borgeren at opholde sig et sted, hvor målgruppen er mere ens, medarbejderne har flere demensfaglige kompetencer og hvor rehabiliteringsforløbene målrettes den enkelte over en kortere eller længere periode (aktuelt er der flere borgere med demens med fast vagt på MTO'erne).

På baggrund af ovenstående vil forvaltningen derfor arbejde videre med at afdække ovenstående mhp. at sikre, at borgernes behov imødekommes fremadrettet. For at fastholde den faglige kvalitet på demenscentrene vil der i løbet af 2016-2017 igangsættes yderlig kompetenceudvikling for demenscentrenes medarbejdere. Det er centralt, at medarbejder-

nes kompetence udvikles og vedligeholdes, hvilket kræver løbende kompetenceudvikling i forhold til nye metoder og viden på demensområdet.